

KARINA

22/08/2023 13:16:01 0803CO 0803IM

Boletim de Atendimento 781494

Data : 17/08/2023 Hora : 14:24

Autorização

Paciente: 8.65.3495

DERICK COSTANTE ISOTON

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 08/06/2010 13 Ano(s) e 2 Meses

Identidade: 4128572957 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA DEZ,682-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91430270

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MAO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- TRAUMA MÃO DIR

RX - ok

cd ebitar esforço mao

ret se nec

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____ --

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Eduardo Terra Feron
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RS 36693 TETO 14799

36693 EDUARDO TERRA FERON
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: KARINA MOREJANO

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Derick Constante Isoton
Nº da Carteirinha: 8.65.3495
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 08/06/2010

Nº da Guia: 12551.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/08/2023	09:01:44	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Partes do corpo

3º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava jogando futsal quando a bola acabou batendo em sua mão gerando um impacto no seu dedo médio

Testemunha da ocorrência

Marcos Vinícius Carneiro

Telefone

(51) 99527-8302

Quem prestou primeiros socorros

Marcos Vinícius Carneiro

Data

03/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	AV. CAVALHADA	216 6	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno

Aluno estará retornando a clínica para continuidade do tratamento do dedo lesionado.

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br